

**地域包括ケアシステムにおける  
認知症初期集中支援チームのガバナンス**

**兵庫県立大学大学院  
経営研究科  
筒井 孝子**

## 0. はじめに

**認知症初期集中支援チーム事業の前提となる  
地域包括ケアシステムについて**

# 地域包括ケアシステムの実現には、何が重要か？

地域包括ケアシステムとは、高齢者が、希望に応じて、可能な限り、地域（在宅）で生活できるようにするためのシステム。



高齢化の進行に伴って、慢性疾患を複数抱えながら、長期間、生活していく高齢者が増加。地域包括ケアシステムの構築のためには、こうした高齢者の在宅生活を支えていくことが必要であり、医療・介護の機能強化・連携強化が必要不可欠。



地域包括ケアシステムは、多様な内容を包含した概念だが、その中心は、医療・介護、生活支援サービスの適切な提供とこれを統合的に提供するためのサービス主体の連携強化が求められてきた。

# 地域包括ケアシステムをすすめるための各政策を支える 3つの概念

## Integrated care

### 医療・介護の連携

- ・在宅医療・介護連携推進事業
  - ・認知症初期集中支援チーム、認知症サポート医 など
  - ・事業計画（医療計画との整合性の確保）
  - ・介護医療院の整備
- ・ケアマネジメント  
～入退院支援含む医療・介護連携の  
システム化

## Managed care

### 保険者機能の強化

- ・地域包括支援センター、地域ケア会議
- ・事業計画のPDCA
- ・財政的インセンティブの付与
- ・介護予防日常生活支援総合事業
- ・新たな住宅セーフティネット制度  
～居住支援協議会 等

## Community-based care

### 地域共生社会の実現

- ・生活支援体制整備支援事業
- ・認知症地域支援推進員、サポーター、カフェ
- ・共生型サービスの整備

など

- ・互助のシステム化、セミフォーマルケア  
の活用

# 本日お話しする内容

## 1. 初期集中支援チームの基盤となる地域のガバナンス構築

- 初期集中支援チームは、認知症の総合体制支援体制の仕組みの一つである。地域全体のガバナンス構築（目標設定、支援プロセスのルール化、責任所在の明確化）が重要。

①支援チーム内のガバナンス

## 2. 重層的な認知症支援体制の整備の必要性

- 認知症総合支援体制の基本は、＜①認知機能障害の鑑別診断（認知症以外の疾患の除外診断）＞、＜②併存疾病や生活習慣の的確な管理＞である。地域の医療機関・医師会との協働による重層的な支援体制が必要。

②支援チームと地域の機関のガバナンス

## 3. 既存の社会資源を活用した認知症スクリーニングと介入の仕組みが必要

- 高齢化の進行に伴い、認知症者は増加していく。認知症初期集中支援チームの仕組みだけでは、対応しきれない。既存の地域資源を活用した認知症スクリーニングと一定期間の介入とモニタリングの仕組みが重要。

③支援チームを認知症施策に位置付ける地域全体のガバナンス

## 4. 各段階のガバナンスをより強化していくために

- ガバナンスの構築を前提として、認知症初期集中支援チーム検討委員会などを通じて、PDCAサイクルで、認知症の総合支援体制の整備を進めることが重要。

国の制度にもつながる

## 1. 初期集中支援チームの基盤となる地域のガバナンス構築

～支援チーム内のガバナンス構築に向けて

# コーポレート・ガバナンスからの派生

企業統治

企業統治の仕組み

企業において適法性、健全性の確保のみならず企業経営の効率性を高め、その競争力をどのように強化するべきかという観点からそのあり方が考えられている

医療組織においても同様にガバナンスが議論されるようになった背景には、イギリスにおいて、NHS (National Health Service) 医療の質への不信を呼び起こす医療事故やスキャンダルが相次いだことがある。  
プリストル王立小児病院で不適切な心臓手術を受けた29人の小児が死亡したスキャンダルにより、国民は医療の質や安全性の向上をNHSに迫るようになった。

# 医療組織におけるガバナンスの特性

## 医療組織におけるクリニカル・ガバナンスと企業におけるコーポレート・ガバナンスの相違点

### ①消費者主権が機能しない

医療サービスの特徴として、医療提供者と患者の間に情報の非対称性が存在することが挙げられる。そのため、医療においては消費者（患者）からの牽制は企業と比較して格段に弱いといえる。

### ②株主が存在しない

企業においては、株主だけでなく、消費者、従業員、取引先他企業の利害関係者（ステークホルダー）すべてのチェック機能が働くような仕組みになりつつあるが、医療機関の場合は、株主が存在しないだけでなく、消費者としての患者、取引先となる医療関連企業や金融機関においても医療機関が比較的強い立場にある場合が多く、チェック機能はさらに働きにくい仕組みとなっている。

### ③病院組織内におけるチェック機能が弱い

病院内では、個々の医師の決定がプロフェッショナルとして重視されるため、医師同士であっても一般企業にみられるような上司-部下の命令報告を基本とした管理スタイルを形成しにくく、組織内部のチェックがおろそかになりがちである。

## 医療組織におけるガバナンスと企業におけるコーポレート・ガバナンスの問題点

- ①消費者（患者からの）圧力が弱く内部の相互チェック機能が弱いので効率性の低下を引き起こす可能性がある
- ②医療の質は個々の医療者の価値観や技能に依存する側面が大きく質を維持する担保が弱い



# ガバナンスとは

- ・ ガバナンスとは、組織や社会に関与するメンバーが主体的に関与を行う、意思決定、合意形成のシステムである。

保健医療分野のガバナンス（クリニカル・ガバナンス）とは、安全で質の高い治療ケアを提供するため、組織を規律づけて治療・ケアを統治する仕組みで、医療の質向上の責任を管理者に求めること。

- 基準を設定する
- 組織の構成と役割を明確にする
- 継続的な質向上の仕組み
- 優れた実践を生み出す環境づくり（学習する文化）

# ガバナンスのあり方

## 質向上のための包括的活動プログラム

基準の設定、モニタリング、臨床検査、証拠に基づいた実践が含まれる。基準の設定としては、現在クリニカルパスやDPC等により、医療の質ばかりでなくコスト面も含めて標準化が進んでおり、これらの動きは質の向上につながる活動として捉えることができる

## リスクマネジメント

患者のための医療サービスであるということを、もう一度再確認していく必要がある

## 評価機能

内部評価および外部評価の機能を兼ね備える必要がある。外部評価については、医療組織の場合は日本医療機能評価機構の病院認定やISO9000を取得する医療機関等が増加中。外部評価の機能の1つとして医療機関間の連携強化が重要とされている。互いに連携を強化することは、監視システムの一環ともなりうるうえに、医療機関の機能分化を進め、適正な病床数と適正な機能を提供することにつながると思われるからである

## アカウンタビリティ（説明責任）

説明責任は誰にあるのか、明確にする必要がある。医療組織はプロフェッショナルな人材が構成する組織であり、わが国の現状では、まだ十分に連携をとっているとはいえない。プロフェッショナル職業として、個々が自分の言策と行動に責任をもつことはいうまでもないが、病院組織としてガバナンス機能を強化することが必要

## コンプライアンス（法令遵守）

医療組織の倫理や組織内ルールも含まれる。医療組織の経営者は、医療の「透明性」および「安全性」のためにもコンプライアンス機能を強化しなくてはならない

# 認知症総合支援体制を巡る課題

地域を対象としたMCI・認知症予備群の把握  
介入ができていない

運営方針の共有が  
できていない

## 地域

断絶

### 地域包括支援センター

### かかりつけ医

### 市役所

断絶

断絶

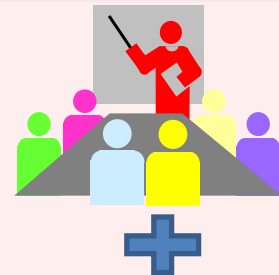
### 初期集中支援チーム

- ・ 認知症に関する診断ができない
- ・ 地域包括と連携ができていない

認知症初期集中支援の実施体制は、各自治体で異なるが、  
「自治体（保険者）」  
「地域包括」  
「かかりつけ医」  
「医療機関」  
の役割に課題があるため、初期集中支援チームが機能していない状況がある。

### 認知症疾患医療センター

どのような事例を  
初期集中支援チーム  
に送るか  
基準ができていない



# 目指すべき「連携」とは何か？

- 「連携」とは、単に複数の主体がつながるということではなく、①Linkage（つながり）、②Coordination（調整）、③Full integration（完全統合）という3つのレベルがある。
- 民間主体による医療・介護サービスの提供が主となっている日本では、多様な医療・介護関係者におけるコーディネート（調整）機能を強化していくことが重要。

連携のレベル（強度）

弱い

強い

## ① Linkage（つながり）

例1：ケアマネが日常的に行っている複数事業者が提供するサービスメニューの作成

例2：退院した患者について病院から診療所の医師への情報提供

ケアの連携機能は小さい

## ② Coordination（調整）

例：患者に対して、診療所の医師、病院の医師、訪問ステーションの看護師、訪問・通所リハのリハ職、訪問介護事業所の介護職員、ケアマネなどが統一したケアの方法論を持っており、患者が病院から退院して在宅生活に移る場合などに、ケアカンファレンスが開かれることがルール化されていること。

我が国において主に目指されている「連携」  
全ての医療・介護の専門職及び行政が目指すべき「連携」

## ③ Full integration（完全統合）

例：医療・介護に関わる様々な専門職が同一の事業者に所属して業務を行うこと。

既存の組織の再編・統合が必要で、利害調整が難しい  
「一方での統合は他方での崩壊」  
組織肥大化による非効率性

ガバナンス強化のために

「組織の構成と役割を明確にする」

どのような目標の元に、

目標設定

どのような人に対して、

支援プロセスのルール化

どのように組織員が介入するか

ルール化を行い、

この体制を責任者が管理できていること

責任所在の明確化

# 3段階のガバナンス

## ①初期集中支援チームの運営（臨床的統合）

⇒チーム員には、チーム内での業務の明確化のため

## ②初期集中支援チームを含めた医療・介護機関の連携体制の構築・運営（システムの統合）

⇒チーム員には、チーム外との業務の明確化のため

## ③初期集中支援チームを配置し認知症施策に取り組むという市役所レベルの運営（組織的統合）

⇒チーム員には、情報提供したり実績を上げて見せて市役所に理解させるという取組み

# 認知症総合支援体制を巡る課題

## と必要なガバナンス

地域

地域包括支援センター

かかりつけ医

市役所

初期集中支援チーム

② 支援チームと  
地域の機関の  
ガバナンス

① 支援チーム内の  
ガバナンス

認知症疾患医療センター

③ 支援チームを認  
知症施策に位置付  
ける地域全体のガ  
バナンス



**初期集中支援チームのガバナンス  
に必要とされること  
—9つの工程を管理する—**



# 初期集中支援事業に関わる作業工程（１）

事業の準備

## 1 広報活動

・どのような広報をどのくらい実施するか

## 2 対象者の選定

・どのような属性・地域を対象とするか

## 3 対象者の把握

・どのような方法で「選定」するか

事業の実施

## 4 初回家庭訪問の実施（情報収集、アセスメント、初回支援）

・誰が情報収集を行い、どのようなクライアントにどのような支援を行ったか（アセスメントデータをきちんと収集する）

## 5 チーム員会議の開催

・どのような頻度で行い、各会議にどのような職種が参加したか（いつどのくらい開催したか、なぜその会議が必要だったか）

## 6 初期集中支援の実施

・支援提供期間、訪問回数、訪問職種、訪問内容

## 7 サービス提供機関への引継ぎ（医療・介護等）

・医療／介護サービスにつながったか、どのくらいかかったか  
・認知症診断をどのくらい受けたか、どのくらいかかったか

## 8 引継ぎのモニタリング

・モニタリング期間・実施回数  
・モニタリング結果（適切／不適切の判断とその理由）

評価

## 9 事業費用算出

・人件費を算出（対応職種×対応日数）

個別事例を集積し分析

各プロセス実施までの日数算出

# 初期集中支援事業に関わる作業工程（２）

4～6の事業の実施プロセスにおいて、  
どのような成果を上げたかを分析して収集することが重要。

たとえば・・・



成果①：退院直後リハビリ集中投入して、DASCスコアが改善。在宅生活に戻ることができた。



成果②：在宅生活を継続するには、認知機能が衰えていたが、見守り体制を構築し、モニタリングを継続中。

事業の実施

## 4 初回家庭訪問の実施（情報収集、アセスメント、初回支援）

・誰が情報収集を行い、どのようなクライアントにどのような支援を行ったか（アセスメントデータをきちんと収集する）

## 5 チーム員会議の開催

・どのような頻度で行い、各会議にどのような職種が参加したか（いつどのくらい開催したか、なぜその会議が必要だったか）

## 6 初期集中支援の実施

・支援提供期間、訪問回数、訪問職種、訪問内容

## 7 サービス提供機関への引継ぎ（医療・介護等）

・医療／介護サービスにつながったか、どのくらいかかったか  
・認知症診断をどのくらい受けたか、どのくらいかかったか

## 8 引継ぎのモニタリング

・モニタリング期間・実施回数  
・モニタリング結果（適切／不適切の判断とその理由）

# ガバナンスとは

- ・ ガバナンスとは、組織や社会に関与するメンバーが主体的に関与を行う、意思決定、合意形成のシステムである。

保健医療分野のガバナンス（クリニカル・ガバナンス）とは、安全で質の高い治療ケアを提供するため、組織を規律づけて治療・ケアを統治する仕組みで、医療の質向上の責任を管理者に求めること。

- 基準を設定する
- 組織の構成と役割を明確にする
- 継続的な質向上の仕組み
- 優れた実践を生み出す環境づくり（学習する文化）

# 認知症初期集中支援チームの大まかな流れ(市町村ごとに細かいところは異なる)

広報  
普及  
啓発

認知症が疑われる人、  
認知症の人、  
家族

対象者の把握

- 介護保険事業所
- 保健福祉センター
- 三師会
- 医療機関
- 民生委員
- 地域住民
- その他協力機関

地域包括支援センター

情報  
収集

情報収集  
(包括等と連携)

初回訪問

※原則4日以内に訪問

初回訪問  
(圏域包括・協力者等と訪問、アセスメント)

チーム員会議  
(初回訪問後)

メンバー：  
・チーム員  
・必要に応じて対象者情報に詳しい者

議題：  
支援方針検討  
・訪問支援対象者とするかどうか  
・支援内容、支援頻度等

初期集中支援の実施

※概ね最長6ヶ月

初期集中支援の実施

- 医療機関への受診勧奨、鑑別診断への誘導  
(かかりつけ医がいる場合は、チーム員の訪問前に市から医療機関あて情報提供等への協力を依頼)
- 状態像に合わせた介護サービス利用の勧奨
- 生活環境の改善 等
- チーム員会議の開催(適宜)
- 必要に応じて関係機関と同行訪問

支援終了  
モニタリング

チーム員会議で支援終了を決定

モニタリング  
(引継ぎ後2ヶ月以内に実施)

チーム員会議  
初回→中間

連携

チーム員会議  
最終

初期集中支援対象外

圏域包括、情報提供者等へ  
引き継ぐ

関係機関等

地域包括、認知症疾患医療センター、認知症サポート医、かかりつけ医、医療機関、ケアマネ、介護事業者、保健師、行政職員など

## 2. 重層的な認知症支援体制の整備の必要性

～支援チームと地域の機関のガバナンス構築に向けて

# 目指すべき「連携」とは何か？

- 「連携」とは、単に複数の主体がつながるということではなく、①Linkage（つながり）、②Coordination（調整）、③Full integration（完全統合）という3つのレベルがある。
- 民間主体による医療・介護サービスの提供が主となっている日本では、多様な医療・介護関係者におけるコーディネート（調整）機能を強化していくことが重要。

連携のレベル（強度）

弱い

強い

## ① Linkage（つながり）

例1：ケアマネが日常的に行っている複数事業者が提供するサービスメニューの作成

例2：退院した患者について病院から診療所の医師への情報提供

ケアの連携機能は小さい

## ② Coordination（調整）

例：患者に対して、診療所の医師、病院の医師、訪問ステーションの看護師、訪問・通所リハのリハ職、訪問介護事業所の介護職員、ケアマネなどが統一したケアの方法論を持っており、患者が病院から退院して在宅生活に移る場合などに、ケアカンファレンスが開かれることがルール化されていること。

我が国において主に目指されている「連携」  
全ての医療・介護の専門職及び行政が目指すべき「連携」

## ③ Full integration（完全統合）

例：医療・介護に関わる様々な専門職が同一の事業者に所属して業務を行うこと。

既存の組織の再編・統合が必要で、利害調整が難しい  
「一方での統合は他方での崩壊」  
組織肥大化による非効率性

# 2つのレベルの Coordination ・ 「会議」と現状の課題

## ◎ ケアレベルの Coordination (調整)

「カンファレンス」を通じて、医療・介護の多職種が個々の患者に対するケアの提供方針を統一し、ケアの内容をCoordinate (調整)

チーム員会議  
(関係者会議)

下支え

## ◎ システムレベルの Coordination (調整)

医療・介護の関係団体及び行政が参画する「会議」(\*)を通じて、ケアレベルのCoordinationを進めるための関係団体・行政の取組を推進

\* 地域ケア会議、介護保険運営協議会など

検討委員会  
(実務者連絡会)

※ しかしながら、現状では、関係団体・行政が参画する「会議」は、主に行政の施策に関する議論・決定のみを行う場にとらえられており、システムレベルの Coordination (調整) の推進という役割を十分に果たせてないのではないか。

# 松戸市地域ケア会議の役割（イメージ図）

## 市地域ケア会議（市レベル）

- ◎役割：市レベルの課題の解決
  - ・地域レベルでは解決できない課題
  - ・市全体で対応すべき課題
- ◎メンバー：関係団体・機関の代表等
- ◎事務局：松戸市（高齢者支援課）
- ◎開催回数：年2回程度



## 解決

- ・関係団体・機関等での取組
- ・行政による対応
- ・他の会議等への提言

↑  
地域レベルでは解決できない課題

## 地域包括ケア推進会議（圏域レベル）

- ◎役割：地域レベルの課題の解決
  - ・個別事例の検討から把握された課題
  - ・地域の専門職・関係者が把握した課題
- ◎メンバー：地域の専門職・関係者  
地域包括支援センター（事務局）
- ◎開催回数：年2回程度



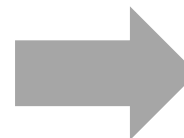
## 解決

- ・地域の専門職・関係者による取組

↑  
個別事例の検討から把握された地域レベルの課題

## 地域個別ケア会議（個別事例レベル）

- ◎役割：個別事例（困難事例等）の課題の解決  
専門職への職務を通じたトレーニング（OJT）
- ◎メンバー：個別事例に関係する幅広い地域の専門職（医療・介護関係者以外も含む）など  
地域包括支援センター（事務局）
- ◎開催回数：年4～6回程度



## 解決

- ・個別事例（困難事例等）への対応
- ・専門職の能力向上

※ 地域包括ケア推進会議・地域個別ケア会議は、高齢者支援連絡会との連携など、地域の実情に応じて開催。



# 市レベルの課題解決に向けた医療・介護関係団体の取組（松戸市）

松戸市では、地域レベルのケア会議から抽出された市レベルの課題を解決するため、関係団体・機関及び行政が、実施できる取組を持ち寄り、具体的な対応方針を決定・実行している。

## 医療・介護連携の推進

- 医師会**：市からの委託に基づき、在宅医療・介護連携支援センターを創設・運営。
- 医師会・訪問看護協議会・ケアマネ協議会**：連携を効率化するための在宅医療・介護関係者間のルール作り（エチケット集の作成）を推進。
- 歯科医師会**：在宅歯科無料健診を実施

## 困難事例における医療対応

- 医師会**：日常生活圏域ごとに地域サポート医を配置するとともに、事例の共有等を通じて、活用を推進。

## 認知症の早期支援

- 医師会・歯科医師会・薬剤師会・特養協議会・ケアマネ協議会**：まつど認知症予防プロジェクト（医療・介護連携に基づく認知症の早期把握・ケアマネジメント）の実施に協力。

## 認知症の理解促進

- 医師会**：小中学校に対して、認知症やいのちの尊さについての出前講座を行う「まちっこプロジェクト」を実施。
- 歯科医師会・薬剤師会**：会員向けの認知症サポーター養成講座を実施。

## 認知症の地域支援

- 市社協**：専門職と連携して実践的な支援活動等を行うボランティア「オレンジ協力員」の養成・活動を推進。
- GH協議会・小規模多機能連絡会**：オレンジ協力員の受入を推進。
- 特養協議会**：認知症カフェの場の提供について検討。

# 認知症初期集中支援チーム検討委員会の役割について

市町村認知症施策総合推進事業

## 第4 認知症初期集中支援チーム等設置促進事業③

●検討委員会では、初期集中支援チームが行う業務の評価を行って意見を述べ、適切、公正かつ中立な運営の確保を目指す役割が求められている。

●評価結果を次年度の事業に反映したり、よい取組みを他の地域包括支援センターや関係機関に拡大したり、各機関に必要な支援を提言および実施したりすることが期待される。

●市町村が提示した業務の実施方針に基づいて、事業が適切に実施されているかどうかについても、必要な基準を作成したうえで評価し、不十分な点などがあれば、その改善の方策を探ることが必要となる。



ただし、こうした検討には、プロセスが可視化されているとともに、業務分担が明確であることが前提となる。 **(ガバナンスの構築)**

# 認知症早期支援における医療連携の円滑化

まつど認知症予防プロジェクトでは、松戸市医師会の協力の下、①かかりつけ医、②認知症対応医療機関、③地域サポート医という重層的なシステムを構築し、認知症早期支援における医療連携の円滑化を図っている。

## 【医療連携のフロー（イメージ）】

包括センター等で軽度認知症以上の可能性ありと判定（DASCの合計点が31点以上）

まずは

### ①かかりつけ医

- ・ 認知機能障害の鑑別診断（認知症以外の疾患の除外診断）
- ・ 併存疾病や生活習慣の的確な管理 等

かかりつけ医がない場合

### ②認知症対応医療機関（65機関）

- ・ 認知機能障害の鑑別診断（認知症以外の疾患の除外診断）
- ・ 併存疾病や生活習慣の的確な管理 等

機関間の連携が円滑に行えない場合など

### ③地域サポート医（22機関）

- ・ 助言・アドバイス、当事者間で解決が難しい場合の直接調整 等

特に専門性を要する場合

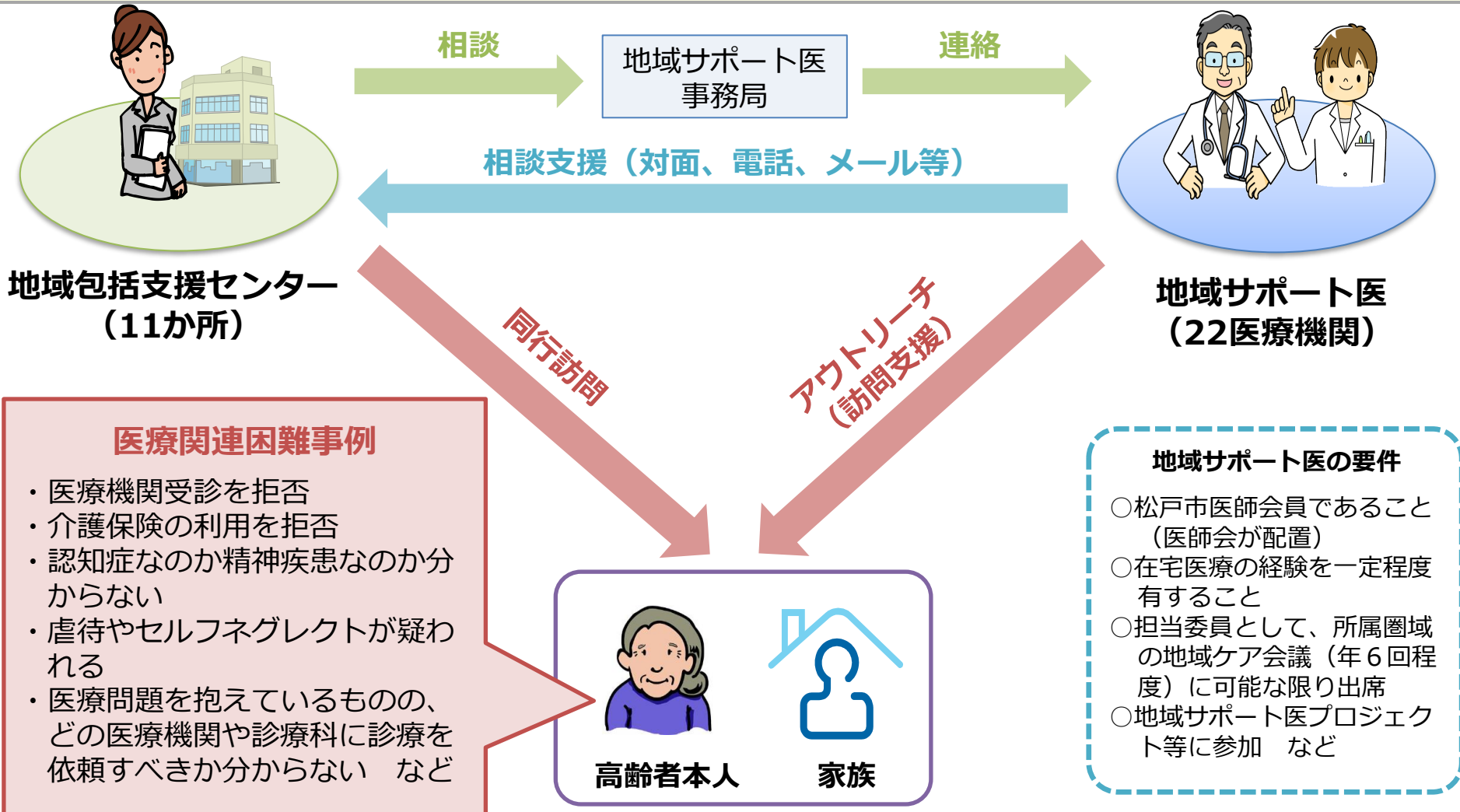
- ・ レビー小体型
- ・ 前頭側頭型
- ・ BPSD対応困難時 等

認知症専門医

診療所の看護師が医師への橋渡し役を担う。

# 地域サポート医の概要（松戸市）

- 地域に存在する医療関連の困難事例等に対して地域包括支援センターが効果的に対応できるよう、松戸市医師会により、包括センターごとに地域サポート医を配置。
- 地域サポート医は、包括センターへの相談支援を行うとともに、必要に応じて、アウトリーチ（訪問支援）を行う。

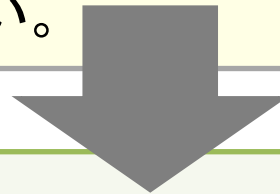


### **3. 既存の社会資源を活用した 認知症スクリーニングと介入の仕組みが必要**

**～支援チームを認知症施策に位置付ける  
地域全体のガバナンス構築に向けて**

## 認知症初期集中支援チームの課題と解決の方向性

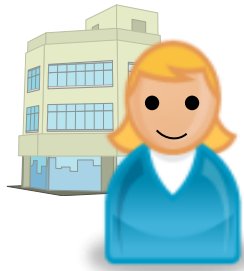
- 認知症及びMCIの人が非常に多く存在し、さらに、今後、急激な増加が予想される中で、初期集中支援チームの実施件数は非常に少なく、認知症の早期把握・早期対応といった観点からみるとその役割を十分に果たせていない。
- 多職種によって構成されるチームで、多くの手続きを踏む支援方法であるため、手間や費用対効果の観点から、幅広く事例を取り扱うことは難しいのが現状。
- 支援対象者(軽度認知症の人など)をスクリーニング(把握)するシステムが備わっていないため、支援対象事例を十分に拾い上げられていない。
- かかりつけ医との連携が難しく、これまでの受診状況・病歴・生活歴や今後の継続的な支援との連続性を確保しにくい。
- 認知症早期支援の観点から重要になる認知症の予防やセルフケアを高める支援まで射程を広げることができない。



実効性ある認知症の早期支援を実現するためには、①軽度認知症を把握する、②かかりつけ医と緊密に連携する、③セルフケアを推進する、④幅広く事例を取り扱えるよう、地域の実情に応じた簡素なシステムとするという4つの条件を満たす仕組みを構築する必要がある。

# まつど認知症予防モデル事業の基本コンセプト

- 認知症の早期支援に関しては、軽度認知症の把握ができていない、医療機関に受診できていない、セルフケアができていないなどの課題がある。
- 「まつど認知症予防プロジェクト」モデル事業を通じて、これらの課題を解決し、認知症予防を推進する。



## 実施機関の専門職

- ・ 地域包括支援センター
- ・ かかりつけ医療機関
- ・ かかりつけ薬局
- ・ 介護事業所

### ①早期把握・アセスメント

アセスメントツール：  
DASC

### ②ケアマネジメント

- 適切な対応につなぐ
- ▶ かかりつけ医など受診
  - ▶ セルフケア
  - ▶ 介護サービス

### ③モニタリング



軽度認知症  
の方

認知機能の維持・改善



※システム構築に当たって、医師会・薬剤師会等の関係団体と緊密に連携。

資料出所：松戸市審議監草野氏作成資料「医療・介護・行政の連携に基づく認知症早期支援の推進方策～まつど認知症予防プロジェクトを例に～」（平成29年2月28日）

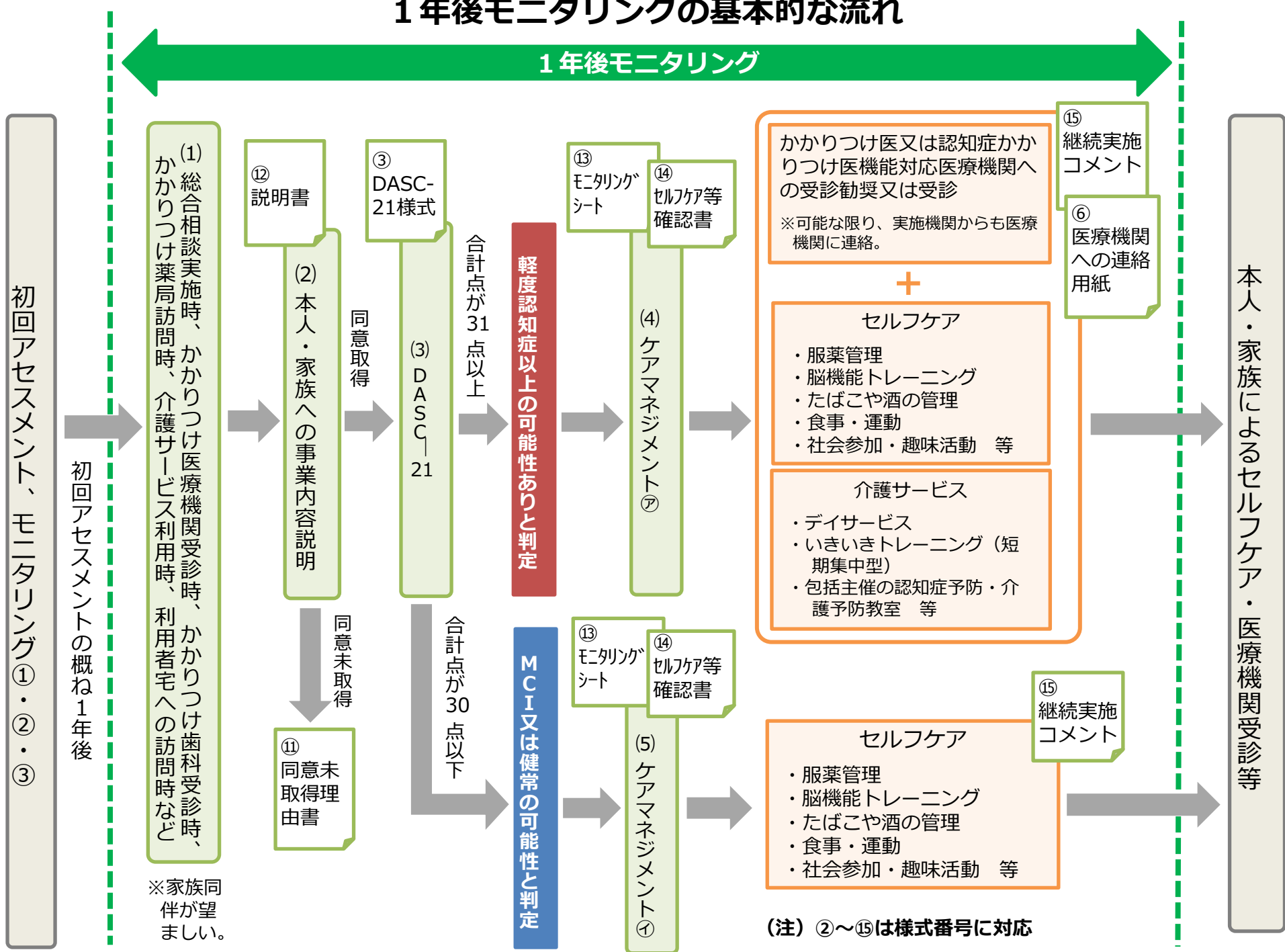






# 1年後モニタリングの基本的な流れ

## 1年後モニタリング



# まつど認知症予防プロジェクト1年間参加者のDASC得点の変化

【DASCカテゴリごとの得点の経時的变化（対応サンプルのT検定）／初回のDASC31点未満群とDASC31点以上群】

対応サンプルの統計量

軽度認知症かどうか（初回アセスメント）	ペア	項目	初回	12か月後	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差	N
31点未満	ペア 1	記憶（初回アセスメント）	3.98	4.14	3.98	.924	.143	42
		記憶（12か月後）	4.14	3.98	4.14	1.201	.185	42
	ペア 2	見当識（初回アセスメント）	3.74	3.64	3.74	.767	.118	42
		見当識（12か月後）	3.64	3.74	3.64	.692	.107	42
	ペア 3	問題解決判断力（初回アセスメント）	3.71	3.76	3.71	.805	.124	42
		問題解決判断力（12か月後）	3.76	3.71	3.76	.932	.144	42
	ペア 4	家庭外のIADL（初回アセスメント）	3.45	4.33	3.45	.803	.124	42
		家庭外のIADL（12か月後）	4.33	3.45	4.33	2.149	.332	42
	ペア 5	家庭内のIADL（初回アセスメント）	3.21	3.64	3.21	.415	.064	42
		家庭内のIADL（12か月後）	3.64	3.21	3.64	1.032	.159	42
	ペア 6	身体的ADL①（初回アセスメント）	3.02	3.17	3.02	.154	.024	42
		身体的ADL①（12か月後）	3.17	3.02	3.17	.935	.144	42
	ペア 7	身体的ADL②（初回アセスメント）	3.05	3.10	3.05	.309	.048	42
		身体的ADL②（12か月後）	3.10	3.05	3.10	.617	.095	42
31点以上	ペア 1	記憶（初回アセスメント）	5.85	5.00	5.85	1.676	.465	13
		記憶（12か月後）	5.00	5.85	5.00	.707	.196	13
	ペア 2	見当識（初回アセスメント）	5.54	4.54	5.54	1.506	.418	13
		見当識（12か月後）	4.54	5.54	4.54	1.198	.332	13
	ペア 3	問題解決判断力（初回アセスメント）	6.77	5.62	6.77	1.423	.395	13
		問題解決判断力（12か月後）	5.62	6.77	5.62	1.325	.368	13
	ペア 4	家庭外のIADL（初回アセスメント）	6.92	7.08	6.92	2.139	.593	13
		家庭外のIADL（12か月後）	7.08	6.92	7.08	2.753	.763	13
	ペア 5	家庭内のIADL（初回アセスメント）	5.77	5.38	5.77	1.787	.496	13
		家庭内のIADL（12か月後）	5.38	5.77	5.38	2.063	.572	13
	ペア 6	身体的ADL①（初回アセスメント）	3.46	3.54	3.46	.776	.215	13
		身体的ADL①（12か月後）	3.54	3.46	3.54	.776	.215	13
	ペア 7	身体的ADL②（初回アセスメント）	3.54	3.31	3.54	.877	.243	13
		身体的ADL②（12か月後）	3.31	3.54	3.31	.630	.175	13

資料出所：  
2018年3月12日  
AMED筒井班・第3回  
班会議「まつど認知  
症予防PJ対象者の  
DASC得点の変化」

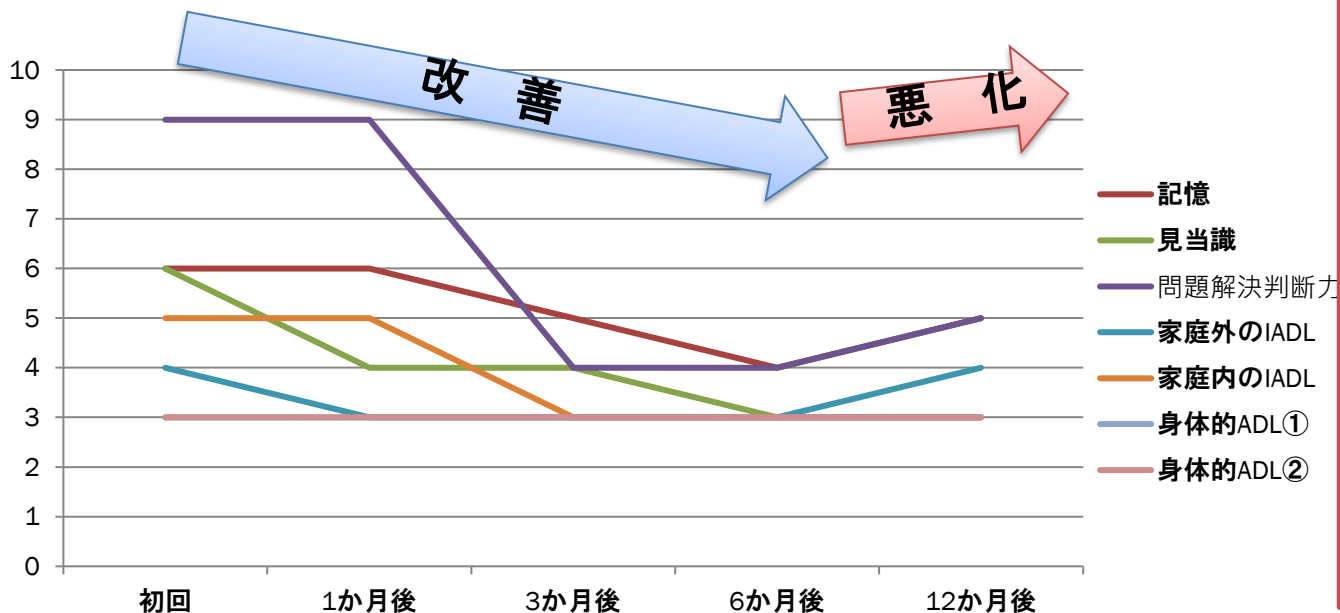
対応サンプルの検定

軽度認知症かどうか（初回アセスメント）	ペア	項目	対応サンプルの差					t	df	有意確率 (両側)
			平均値	標準偏差	平均値の標準誤差	差の95%信頼区間 下限 上限				
31点未満	ペア 1	記憶（初回アセスメント） - 記憶（12か月後）	-.167	1.124	.173	-.517	.184	-.961	41	.342
		見当識（初回アセスメント） - 見当識（12か月後）	.095	.656	.101	-.109	.300	.942	41	.352
	ペア 3	問題解決判断力（初回アセスメント） - 問題解決判断力（12か月後）	-.048	.854	.132	-.314	.219	-.361	41	.720
	ペア 4	家庭外のIADL（初回アセスメント） - 家庭外のIADL（12か月後）	-.881	1.990	.307	-1.501	-.261	-2.869	41	.006
	ペア 5	家庭内のIADL（初回アセスメント） - 家庭内のIADL（12か月後）	-.429	.991	.153	-.737	-.120	-2.802	41	.008
	ペア 6	身体的ADL①（初回アセスメント） - 身体的ADL①（12か月後）	-.143	.926	.143	-.431	.146	-1.000	41	.323
	ペア 7	身体的ADL②（初回アセスメント） - 身体的ADL②（12か月後）	-.048	.697	.108	-.265	.170	-.443	41	.660
31点以上	ペア 1	記憶（初回アセスメント） - 記憶（12か月後）	.846	1.864	.517	-.280	1.973	1.637	12	.128
		見当識（初回アセスメント） - 見当識（12か月後）	1.000	1.155	.320	.302	1.698	3.122	12	.009
	ペア 3	問題解決判断力（初回アセスメント） - 問題解決判断力（12か月後）	1.154	1.676	.465	.141	2.166	2.483	12	.029
	ペア 4	家庭外のIADL（初回アセスメント） - 家庭外のIADL（12か月後）	-.154	2.672	.741	-1.769	1.461	-.208	12	.839
	ペア 5	家庭内のIADL（初回アセスメント） - 家庭内のIADL（12か月後）	.385	1.609	.446	-.588	1.357	.862	12	.406
	ペア 6	身体的ADL①（初回アセスメント） - 身体的ADL①（12か月後）	-.077	.760	.211	-.536	.382	-.365	12	.721
	ペア 7	身体的ADL②（初回アセスメント） - 身体的ADL②（12か月後）	.231	.832	.231	-.272	.734	1.000	12	.337

**DASC31点以上（軽度認知症以上と判定）：見当識と問題解決が有意に改善**

# 大きく改善した人の事例

事例番号	8E	1000	10		
	初回	1か月後	3か月後	6か月後	12か月後
総得点	36	33	25	23	26
記憶	6	6	5	4	5
見当識	6	4	4	3	3
問題解決判断力	9	9	4	4	5
家庭外のIADL	4	3	3	3	4
家庭内のIADL	5	5	3	3	3
身体的ADL①	3	3	3	3	3
身体的ADL②	3	3	3	3	3



未申請 初回DASC 36  
 携帯など置き忘れる  
 約束を忘れる  
 同じことを何度も聞き返す  
 他市で迷子になったことあり。

医療機関受診。  
 運動や脳トレを実施。  
 (右手左手じゃんけん、健康麻雀、  
 グランドゴルフ)

セルフケアの目標はおおむね守れている、夫婦で目標の確認がある。  
 健康や社会参加の意識が高まり、  
 物忘れが減ったとの総括。

# 初期集中支援事業に関わる作業工程（１）

事業の準備

## 1 広報活動

・どのような広報をどのくらい実施するか

## 2 対象者の選定

・どのような属性・地域を対象とするか

## 3 対象者の把握

・どのような方法で「選定」するか

事業の実施

## 4 初回家庭訪問の実施（情報収集、アセスメント、初回支援）

・誰が情報収集を行い、どのようなクライアントにどのような支援を行ったか（アセスメントデータをきちんと収集する）

## 5 チーム員会議の開催

・どのような頻度で行い、各会議にどのような職種が参加したか（いどのくらい開催したか、なぜその会議が必要だったか）

## 6 初期集中支援の実施

・支援提供期間、訪問回数、訪問職種、訪問内容

## 7 サービス提供機関への引継ぎ（医療・介護等）

・医療／介護サービスにつながったか、どのくらいかかったか  
・認知症診断をどのくらい受けたか、どのくらいかかったか

## 8 引継ぎのモニタリング

・モニタリング期間・実施回数  
・モニタリング結果（適切／不適切の判断とその理由）

評価

## 9 事業費用算出

・人件費を算出（対応職種×対応日数）

個別事例を集積し分析

各プロセス実施までの日数算出

- ・ 設置主体別の対象人口・チーム費用・会議ベース総費用
- ・ チームの機能別（相談受付、新規把握、会議開催）実績

	対象人口			会議にかかる費用(1回あたり)			会議ベース・総費用		
	平均値	標準偏差	N	平均値	標準偏差	N	平均値	標準偏差	N
全体	185220.0	2369392.0	1058	21391.3	18060.7	670	180874.5	257618.7	646
チーム設置機関別									
地域包括支援センター	63140.7	74828.7	620	21219.5	19994.7	406	176177.2	266532.4	390
行政	196146.4	183077.6	187	21191.9	11533.8	115	141867.0	160453.3	111
医療機関（病院・診療所）	181276.3	159341.2	146	21765.3	13925.8	102	236192.9	294133.9	100
認知症疾患医療センター	159700.9	231786.0	44	13867.6	12481.2	18	108844.9	86857.6	17
その他	1420376.9	9845447.3	61	27940.1	24359.1	29	247105.8	331125.7	28

チーム設置機関	相談受付件数			新規把握件数			チーム員会議実施件数		
	平均値	標準偏差	N	平均値	標準偏差	N	平均値	標準偏差	N
全体	201.3	606.6	1074	12.6	48.3	1074	6.3	7.5	1074
チーム設置機関別									
地域包括支援センター	161.3	407.6	615	15.7	61.9	615	5.8	5.8	615
行政	357.4	1037.3	192	7.6	20.6	192	5.4	5.7	192
医療機関（病院・診療所）	204.4	506.3	156	9.3	13.8	156	9.8	12.9	156
認知症疾患医療センター	132.3	722.5	48	6.3	10.0	48	5.3	7.0	48
その他	160.8	525.2	63	10.8	17.5	63	6.9	7.4	63

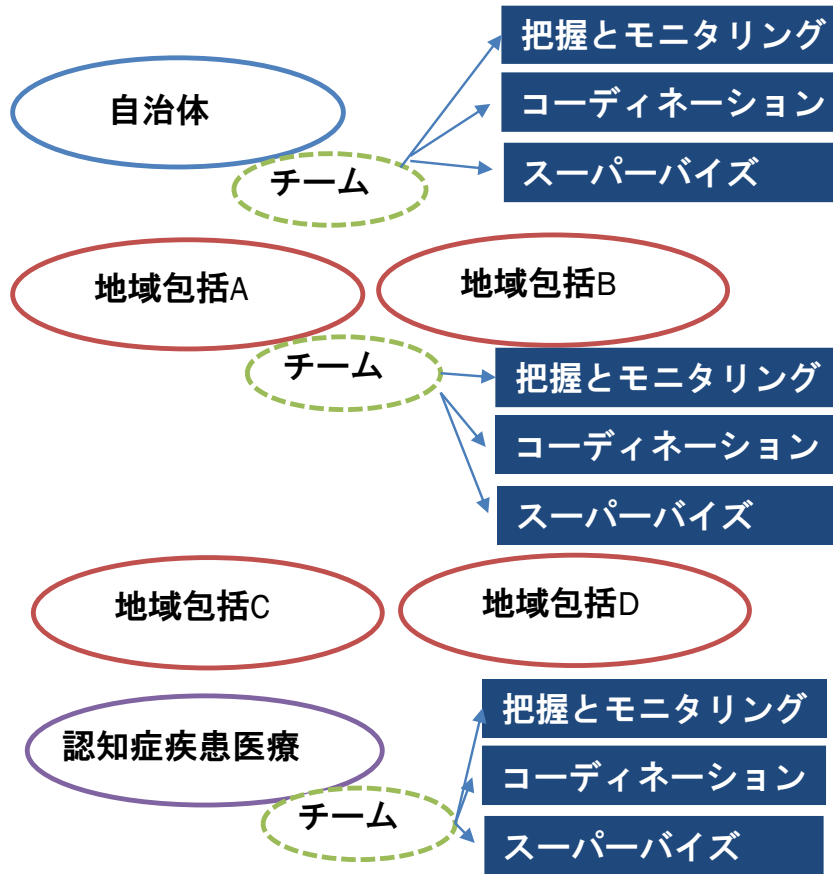
- ・ チーム員会議件数は6.3回、新規把握件数は12.6人と対象人口カバー率平均は0.026%と、とても低い。
- ・ 会議件数に加え、新規把握件数や相談受付数にも差が見られる。

地域の状況を把握し、新規把握、相談受付、会議による調整の3つ機能を発揮するようなガバナンスの構築が求められる。

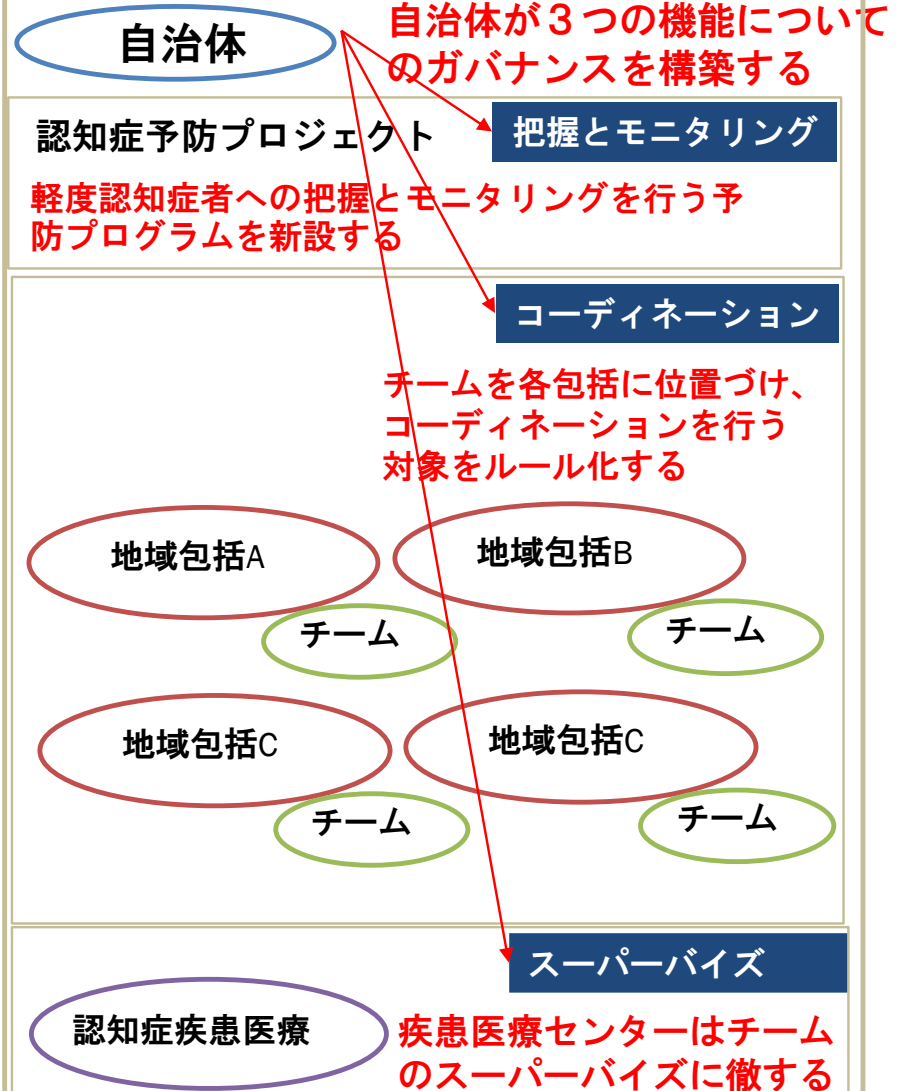
# 今後の認知症初期集中支援チーム

これまで

- ・ チームは、自治体、地域包括、医療機関、認知症疾患のいずれかにあった。
- ・ その機能は3つあるが、機能の発揮の程度は、設置主体によって様々であった。



これから



4. 各段階のガバナンスをより強化していくために

# ガバナンスのあり方

## 質向上のための包括的活動プログラム

基準の設定、モニタリング、臨床検査、証拠に基づいた実践が含まれる。基準の設定としては、現在クリニカルパスやDPC等により、医療の質ばかりでなくコスト面も含めて標準化が進んでおり、これらの動きは質の向上につながる活動として捉えることができる

## リスクマネジメント

患者のための医療サービスであるということを、もう一度再確認していく必要がある

## 評価機能

内部評価および外部評価が必要で、外部評価については、保険者機能評価ができたことから、これを利用すべきである。自治体との連携を強化することや、認知症疾患医療センター等の医療機関との連携と機能分化を進め、適正な認知症患者の把握数の目標値の設定、介入のあり方について、改めて検討すべき。

## アカウンタビリティ（説明責任）

説明責任は誰にあるのか、明確にする必要がある。医療組織はプロフェッショナルな人材が構成する組織であり、わが国の現状では、まだ十分に連携をとっているとはいえない。プロフェッショナル職業として、個々が自分の言策と行動に責任をもつことはいうまでもないが、病院組織としてガバナンス機能を強化することが必要

## コンプライアンス（法令遵守）

医療組織の倫理や組織内ルールも含まれる。医療組織の経営者は、医療の「透明性」および「安全性」のためにもコンプライアンス機能を強化しなくてはならない



# 認知症初期集中支援チーム事業の 基本となるガバナンスの構築に向けて

- チーム設置前に、初期集中支援の**目標を常に明らかにしておく**必要がある。
- チームが設置されてからも、その**目標が達成されているかを常に確認する**必要がある。
- **介入できるのは、一定期間。**
- **モニタリングの仕組みを構築し、常に評価が可能なこと。**
- チームの組織方法は、地域ごとに異なるが、**基本的には、機能の重複を避け、最も効果的・効率的な体制をつくる必要がある。**